CIFC Health

Autorização para Divulgar ou Obter Informações de Saúde

Nome do Paciente/Cliente:_____Data de Nascimento:_____

Telefone Residencial:_____Celular:_____

Endereço:_____ E-mail: _____

Autorizo a **CIFC Health** a: ☐ **DIVULGAR** E/OU ☐ **OBTER** as informações abaixo para/de:

Nome:_____ Endereço:_____

Telefone:_____ Fax:_____ E-mail:_____

Método de Entrega: ☐ Correio ☐ Fax ☐ Retirada por _____

Informações a serem liberadas ou obtidas:

☐ Prontuário Completo ☐ Notas de Consulta ☐ Mensagens (TE)

☐ Notas de Evolução/Sessão ☐ Registros de Cobrança ☐ Outro: _____

Para as seguintes datas de atendimento:_____

Marque abaixo se alguma (ou todas) das categorias de **informações sensíveis** listadas abaixo deve ser incluída:

☐ Saúde Psiquiátrica/Comportamental ☐ Uso de Drogas/Álcool* ☐ Informações Relacionadas ao HIV/AIDS

☐ Saúde Reprodutiva

*Se você não deseja divulgar todas as informações sobre uso de drogas/álcool, por favor indique quais informações devem ser excluídas:

_____

Estou solicitando a liberação das informações acima para o(s) seguinte(s) propósito(s):

☐ Uso Pessoal ☐ Coordenação de Cuidados ☐ Jurídico ☐ Incapacidade ☐ Acidente de Trabalho

☐ Seguro/Benefícios ☐ Outro:_____

- Entendo que tenho o direito legal de revogar esta autorização a qualquer momento e entendo que, se eu revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito e apresentar minha revogação por escrito à **CIFC Health**. Entendo que a revogação não se aplicará às informações que já tenham sido divulgadas em resposta a esta autorização. Entendo que a revogação não se aplicará à minha companhia de seguros quando a lei conceder à seguradora o direito de contestar uma reivindicação sob minha apólice.
- Compreendo que, uma vez divulgadas as informações acima, elas poderão ser novamente divulgadas pelo destinatário e talvez não estejam protegidas pelas leis ou regulamentos federais de privacidade. Compreendo que autorizar o uso ou a divulgação das informações identificadas é voluntário. Posso recusar assinar esta autorização. Não preciso assinar este formulário para garantir o tratamento de saúde. Posso entrar em contato com o Encarregado de Privacidade se tiver dúvidas sobre minhas informações de saúde.
- Esta autorização **expirará 90 dias após a data da assinatura,** a menos que outra data de expiração seja indicada aqui:

Ao assinar abaixo, reconheço que li e entendi este formulário de autorização e que a **CIFC Health** tem 30 dias para atender à minha solicitação de cópias dos registros.

Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____ **Data**: _____

Nome em Letra de Forma: _____**Relação com o Paciente**: _____

Uso Exclusivo do Escritório da CIFC Health (somente quando os registros são entregues em mãos.) Recebido e Assinado em: ____ / ____ / ____

A equipe da CIFC Health verificou a identidade do destinatário presencial por meio de: ☐ Documento de identidade com foto ☐ Foto em arquivo

Nome do Funcionário:_____ Assinatura:_____